

Estudiante _____	Fecha de nacimiento _____
Escuela _____	Año escolar _____
Grado _____	Maestro(a) _____

Médico(a) (para el asma): _____	Teléfono: _____
Otro(s) médico(s) : _____	Teléfono: _____

Indique las cosas que le provocan un ataque de asma (Indique cada factor posible)

<input type="checkbox"/> Ejercicio	<input type="checkbox"/> Polen	<input type="checkbox"/> Infecciones respiratorias	<input type="checkbox"/> Olores fuertes o humos/vapores
<input type="checkbox"/> Animales	<input type="checkbox"/> Moho	<input type="checkbox"/> Polvo / Polvo de tiza	<input type="checkbox"/> Cambios de temperatura
<input type="checkbox"/> Comida(s)	<input type="checkbox"/> Otras razones: _____		

Frecuencia de ataques: _____

Medicamentos tomados cada día:

- 1. _____ 2. _____
- 3. _____ 4. _____

***** Medicina para el asma en caso de emergencia:**

- 1. _____ 2. _____

Tratamientos durante los ataques: Alivio Rápido/ Medicina:
 Indique los síntomas que indican Use: _____ inhalador _____ soplos
 la necesidad de tomar medicamentos: o _____ medicina en nebulizador

*Tos repetitiva, falta de aire o de soplo,
 Sensación de opresión del pecho, respiración silbante o sibilancias , retracciones del pecho*
 Favor de llamar a uno de los padres si: _____
 Favor de llamar al 911 si: la medicina no alivia el dolor o los síntomas, esfuerzos para respirar, agachándose, los labios o las uñas de color azul o gris, movimiento excesivo del pecho o del cuello al respirar

Solamente para el/la doctor(a) o médico(a)

This section is to be completed by a physician IF student is to possess and self-administer medication in school; at a school sponsored activity; while under the supervision of school personnel; or before, during or after school care on school operated property.(in compliance with SB 472 effective 07/01/02)

FOR INHALED MEDICATIONS (check appropriate statement below)

- 1. _____ I have instructed this student in the proper way to use his/her medications. It is my professional opinion that this student should be allowed to carry and use the medication by him/herself. OR
- 2. _____ It is my professional opinion that this student should not carry his/her inhaled medication by him/herself

Physician Signature	Date
---------------------	------

X Parent Signature / Firma de los padres	Date / Fecha
---	--------------

School Nurse / Clinic Worker	Date
------------------------------	------